

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA



Efectos de la estimulación temprana en el desarrollo
psicomotor en niños de 0 a 3 años de edad, con diagnóstico
de síndrome de Down, que asisten al centro especializado
de Piura, periodo mayo - octubre 2017

Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica en la
especialidad en Terapia Física y Rehabilitación

Autor:

Seminario Morán, Lady Marilyn

Asesor:

Valladares Macalupú, Yessenia

Piura- Perú

2017

INDICE

	Pagina.
Carátula	1
Indice	2
I. Palabras clave	3
II. Titulo	4
III. Resumen	5
IV. Abstract	6
V. Introducción	7
5.1. Antecedentes y fundamentación científica	9
5.2. Justificación de la investigación	13
5.3. Problema	15
5.4. Marco referencial	16
5.5. Hipótesis	26
5.6. Objetivos	27
5.7. Metodología del trabajo	27
VI. Resultados	31
VII. Análisis y discusión	38
VIII. Conclusiones	41
IX. Recomendaciones	42
X. Referencias bibliográficas	43
XI. Anexos	46

I. Palabras clave

Estimulación temprana, Psicomotricidad, Down, Motricidad.

Tema	Efectos de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor en niños de 0 a 3 años de edad, con diagnóstico de síndrome de Down, que asisten al centro especializado de Piura, periodo mayo - octubre 2017
Especialidad	Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación
Objetivo	Demostrar los efectos de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor en niños de 0 a 3 años de edad, con diagnóstico de síndrome de Down, que asisten al centro especializado de Piura, en el periodo Mayo – Octubre 2017, para mejorar su autonomía y contribuir a una buena calidad de vida.
Método	Descriptivo, no experimental y transversal

Lineas de Investigación:

Salud Pública

II.

TITULO

**EFFECTOS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DESARROLLO
PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICO DE
SÍNDROME DE DOWN, QUE ASISTEN AL CENTRO ESPECIALIZADO DE
PIURA, PERIODO MAYO - OCTUBRE 2017**

III.

RESUMEN

Objetivo: Demostrar los efectos de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor en niños de 0 a 3 años de edad, con diagnóstico de síndrome de Down, que asisten al centro especializado de Piura, en el periodo Mayo – Octubre 2017, para mejorar su autonomía y contribuir a una buena calidad de vida.

Metodología: El tipo de investigación es cuantitativo de diseño experimental, de tipo descriptivo y transversal. La técnica de contrastación de hipótesis será la observación y experimentación. La población en estudio comprende a niños en edades que fluctúan de cero a tres años de edad del área de estimulación temprana, implicando una población de 11 niños que presentan síndrome de Down, durante el periodo mayo a octubre 2017.

Resultados: prevalece el sexo masculino en la población estudiada con un 55% y el sexo femenino con un 45 %. Los datos concuerdan con muchos estudios realizados en otras localidades. Los 11 niños no cumplieron los objetivos propuestos de la Guía Portage, una de las características del Síndrome es el retraso motor, los factores influyentes son: hipotonía, retraso, laxitud de ligamento y prematuridad

Conclusiones: En forma general Luego de la aplicación del programa de estimulación temprana se redujo el grado de alerta, se mejoró el desarrollo motor y se fortaleció y normalizó el desarrollo psicomotor demostrando la efectividad del programa.

IV.

ABSTRACT

Objective: To demonstrate the effects of early stimulation on psychomotor development in children from 0 to 3 years of age, diagnosed with Down syndrome, who attend the specialized center of Piura, in the period May - October 2017, to improve their autonomy and contribute to a good quality of life.

Methodology: The type of research is quantitative experimental design, descriptive and cross-sectional. The hypothesis testing technique will be observation and experimentation. The study population includes children in ages ranging from zero to three years of age in the area of early stimulation, involving a population of 11 children with Down syndrome, during the period May to October 2017.

Results: the male sex prevails in the studied population with 55% and the female with 45%. The data agree with many studies conducted in other locations. The 11 children did not meet the proposed objectives of the Portage Guide, one of the characteristics of the Syndrome is the motor delay, the influential factors are: hypotonia, delay, ligament laxity and prematurity

Conclusions: In general After the application of the early stimulation program, the degree of alertness was reduced, motor development was improved and psychomotor development was strengthened and normalized, demonstrating the effectiveness of the program.

El síndrome de Down (SD) es un trastorno genético originado por la existencia de una copia extra del cromosoma 21 (o en todo caso una parte del mismo), en vez de los dos normalmente habituales, por ello se le conoce también trisomía del par 21.; Esta irregularidad hereditaria origina cambios en el avance y la capacidad de los órganos y estructuras, tanto en las etapas prenatal como postnatal. Generalmente influenciados son: el sistema sensorial y en el interior de él, el cerebro y el cerebelo (Flores, 2015), Para que las personas con Síndrome de Down puedan tener problemas físicos y / o mentales. Esta anomalía, como se ha determinado, no tiene solución, sin embargo, con una estimulación temprana que abarca todos los ángulos identificados con el avance psicomotor, los niños con Síndrome de Down podrían mejorar su prosperidad, satisfacción personal y su capacidad para trabajar de forma autónoma. (NIH INdSIyDH, 2017)

La estimulación temprana tuvo sus inicios en el siglo XX de forma moderadamente enorme en Inglaterra y Suecia. En estos países se inició la incitación temprana de niños con dificultades auditivas en la juventud temprana y se procedió en diferentes tipos de discapacidades. La mención que se ha hecho sobre el desarrollo de la incitación temprana en América Latina se localiza en el transcurso de los años 60 en el campo del bienestar general; la mención se hace en tres países: Uruguay, Estados Unidos y Argentina. (Matos & Ocaña, 2009)

El Ministerio de Salud establece que en el Perú la frecuencia es de 2 por cada 1,000 nacidos vivos. (Rosero, 2011).

También se manifiesta que el 80 % de los jóvenes con el trastorno están engendrados por mujeres menores de 35 años o más, también pueden presentarse por padres con 50 años o más de edad, el nacimiento de un niño con trastorno de Down o cualquier otra rareza cromosómica, translocación ajustada de los cromosomas en uno de los padres y padres con Ajustes cromosómicos. (NICHCY. NICHCY, 2010.)

En vista de lo mencionado anteriormente, hubo un entusiasmo por planificar un programa para el bebé o el niño, considerando sus requisitos y su condición familiar. Los objetivos del programa cambiaron por la mejora y los logros del chico, con el objetivo final de animar su avance motor, intelectual, apasionado y social. Al principio, lo principal que se buscó para fortalecer la obligación entusiasta del niño, continuamente en relación con su espacio. El programa ofreció ejercicios que el joven está preparado para sobrevivir y, Posteriormente, tiene la capacidad de aumentar su potencial.

5.1. Antecedes y fundamentación científica

(Ignacio y Cueva, 2008) en la tesis “Influencia del tipo de estimulación temprana materna en el desarrollo psicomotor de niños con síndrome Down de 0 – 2 años. Valle Jequetepeque. 2008”, encontraron que El tipo de Estimulación Temprana Materna en niños con Síndrome Down de 0 – 2 años es mayormente regular (80.0 por ciento), 15.0 por ciento buena y 5.0 por ciento deficiente. El Desarrollo Psicomotor de los niños con Síndrome Down de 0 – 2 años es mayormente (85.0 por ciento) calificado como “retraso”, 15.0 por ciento “Adelanto” y 0.0 por ciento desarrollo psicomotor “normal”. Existe influencia altamente significativa entre el Tipo de Estimulación Temprana Materna y el Desarrollo psicomotor de los niños con Síndrome Down de 0 - 2 años.

(Camposeco Cárdenas, 2013) en la tesis “Estimulación temprana en niños con capacidades diferentes” (estudio realizado en la asociación “solidaridad con los niños” san Antonio Huista), Se confirma la hipótesis de que la estimulación temprana es de beneficio para los niños con capacidades diferentes, Los padres de familia de los niños desconocen la importancia de la estimulación temprana y los beneficios que trae practicarlas para la recuperación de los infantes. La Institución que brinda apoyo en el municipio de San Antonio Huista, Huehuetenango, no cuenta con los recursos necesarios, tampoco el de un profesional especializado para ayudar a los pacientes con capacidades diferentes y a la vez es insuficiente para asistir a todos. La falta de conciencia de los padres de familia hacia el cuidado de los niños con capacidades diferentes ocasionan que el problema se agrave y como consecuencia se manifiesta un subdesarrollo normal y

personal. Los niños con capacidades diferentes pueden llegar a tener una vida normal, si se les da una atención especializada a tiempo y con el debido apoyo tanto de la familia como de la sociedad.

(Romero Calderón, 2012) en la tesis “Efectos de la aplicación de un manual de estimulación temprana en el proceso de desarrollo afectivo, cognitivo y psicomotriz en niños y niñas diagnosticados con Síndrome de Down”, Se encontró que la estimulación se basa en la repetición: el cerebro tiene la capacidad de adquirir una serie de conocimientos a través de la repetición sistemática de estímulos o ejercicios simples, así se refuerzan las áreas neuronales de interés para aprovechar la capacidad de aprendizaje y adaptabilidad del cerebro, reforzando aspectos intelectuales, físicos, sensoriales y sociales. El Síndrome de Down es un trastorno genético causado por la copia extra del cromosoma 21 o una parte del mismo en vez de los dos habituales, caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental ocasionando retraso en su desarrollo; no existe cura, el único tratamiento que beneficia es la estimulación para lograr desarrollar las capacidades.

Es conocido que los niños y niñas con síndrome de Down deben esforzarse más por alcanzar el mismo objetivo que otro niño ha conseguido con poco esfuerzo. En el último tiempo se ha demostrado que la estimulación temprana tiene un impacto positivo en el desarrollo de personas con síndrome de Down, por esa razón es que debemos intervenir en su estimulación, a una edad temprana y con participación activa de los padres y familias, quienes pueden aprender estrategias y técnicas para la estimulación de los sentidos, manteniendo la atención e interés del niño para adquirir las

diferentes habilidades, que serán bases importantes para su desarrollo, integración e inclusión futura. La estimulación del desarrollo y el acompañamiento médico y psico-social especial, durante los primeros años de vida, se le conoce como Atención Temprana (Lizama, 2015)

(Lías, Estupiñán y Rodríguez, 2010) en el estudio de investigación “La estimulación temprana en niños con Síndrome de Down en el contexto familiar desde una perspectiva sociocultural en Moa”, concluyeron que existe diversidad en el grupo de familias en cuanto a: convivencia familiar, nivel socioeconómico y cultural, entorno social y variedad de actitudes y criterios sobre el conocimiento de la estimulación temprana. El niño con necesidades educativas especiales, correctas y oportunamente estimuladas, se sitúa en una posición ventajosa que disminuye y/o elimina las deficiencias en su desarrollo y propicia su inclusión social exitosa. El contexto social se hace flexible e inclusivo de los niños con necesidades educativas especiales en la propia medida en que la familia actúa desde y mediante la diversidad que porta su descendencia, en la atención puntual a sus necesidades.

Se considera que a través de las acciones y las actividades de orientaciones propuestas la educación de los niños con Síndrome de Down experimenta una clara evolución positiva, fruto de diversos factores. Los de carácter social, entre otros, la influencia familiar, la apertura al exterior, la concienciación social y la búsqueda de normalización, autonomía y habilidades sociales y la integración a la sociedad. Los psicológicos son el mayor grado de responsabilidad, la independencia, la confianza en ellos mismos y la toma de iniciativas.

Los éxitos en el terreno de las habilidades sociales suelen relacionarse directamente con el número y calidad de las oportunidades que se les dan para probar sus capacidades y para ejercitarlas, desde edades tempranas.

5.2. Justificación de la investigación

El síndrome de Down afecta a muchos niños los cuales generalmente presentan problemas de aprendizaje y utilizan mucho más tiempo aprender a hablar y a cuidar de sí mismos. Estos niños tienden a crecer y a desarrollarse más despacio que otros niños. Suelen empezar a caminar o a hablar más tarde que otros bebés. Los tratamientos y ayudas especiales, como los que facilitan la fisioterapia y la logopedia, pueden dar a estos niños un empujón en lo relativo a sus habilidades para desplazarse y comunicarse. Teniendo en consideración estas dificultades los niños afectados por el síndrome de Down pueden asistir a centros de estudios ordinarios, hacer amigos, disfrutar de la vida y conseguir trabajo cuando sean mayores. Recibir ayuda como la estimulación temprana lo más rápido posible, es decir cuando sean bebés o niños de menos de dos años, puede ser la clave para que puedan llevar vidas más saludables, más felices y más independientes.

Los padres o apoderados de estos niños pueden ayudar para que superen muchas de sus limitaciones ya que el desarrollo del cerebro humano no depende únicamente de los genes, sino del ambiente en que se desenvuelve y de la actividad que realiza. La estimulación a partir de su nacimiento, el control y seguimiento de su salud permanentemente le concederán una buena calidad de vida. Los padres, familias, maestros y terapeutas, con su actitud y entrega harán la diferencia en el desarrollo de los niños con síndrome de Down y por tanto su integración como adulto en la sociedad.

Se ha comprobado que los niños estimulados mediante atención temprana tienen un nivel más alto de desarrollo o coeficiente intelectual y que como adultos logran una mayor calidad de vida que aquellos que no han seguido estos programas.

El presente trabajo de investigación trata sobre el síndrome de Down y los efectos que este mal congénito trae a los niños que lo padecen. Por tal motivo que la investigación documental y virtual que se presenta tiene el objetivo de aportar un humilde conocimiento más al cúmulo cultural que ya existe sobre el tema y brindar una herramienta para ayudar a los niños con síndrome de Down, especialmente a los que asisten al centro especializado de Piura, y también de alguna manera ayudar a los familiares a este problema social.

5.3. Problema

Se afirma que la mitad de los bebés con síndrome de Down nacen con anomalías cardíacas, son más propensos a contraer infecciones que afectan a los pulmones y a la respiración. Presentan problemas oculares y/o de oído y también alteraciones digestivas, como el estreñimiento y leucemia.

Los niños afectados por el síndrome de Down tienden a crecer y a desarrollarse más despacio que otros niños. Suelen empezar a caminar o a hablar más tarde que otros bebés. El síndrome de Down es un mal congénito que una persona tiene de por vida. A nivel mundial 1 por cada 650 a 700 niños nacen con Síndrome de Down, mientras que en el Perú se calcula que nacen 3 niños Down por cada día, es decir unos mil por año. Es importante mencionar que el Síndrome de Down es sólo una condición genética, y no debería ser una limitación en la medida que el niño logre aceptación, viva rodeado de amor y una estimulación temprana para el fortalecimiento de sus músculos que ayudarán a su desarrollo motor. En estos niños la estimulación temprana contribuye con innumerables beneficios para su desarrollo, potenciando al máximo su autonomía, y también a los padres ante el impacto emocional que sufren.

Es importante mencionar que en Piura, no existen centros especializados para la atención de niños con síndrome de down, salvo instituciones que brindan un servicio de atención pero de forma general donde se incluyen estos niños. Pero lo que en realidad se necesita es una atención especializada en un centro con personal capacitado en este rubro.

¿Cuáles son los efectos de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor en niños de 0 a 3 años de edad, con diagnóstico de síndrome de

Down, que asisten a la Unidad Educativa Especializada “De Piura”?

5.4. Marco Referencial

5.4.1. Síndrome de Down

El trastorno de Down es un cambio cromosómico, separado por un exceso de material hereditario. Con el término desorden debemos subrayar que los individuos tienen una disposición diferente de indicaciones: psicológicas, fisonómicas y restaurativas, entre otras. La tergiversación de las estructuras materiales hereditarias y la inseguridad en varios marcos naturales; Como cada cromosoma está asociado con el avance de algunos órganos, la diferencia en uno de ellos afectará a diferentes capacidades. Esto aclara la variedad de los efectos secundarios y las cualidades de las personas con SD.

(Down España, 2012.)

5.4.2. Etiología

El mal congénito conocido como síndrome de Down en el 95 % de los casos, es originado por una trisomía del cromosoma 21 a causa de la no disyunción en el óvulo. Se tiene una expectativa de alrededor del 4% para una translocación robersoniana entre el cromosoma 21 y otro cromosoma acrocéntrico que generalmente es 14 o 22. Es posible encontrar, de manera casual una translocación entre dos cromosomas 21. Existen pacientes que presentan un mosaico en el 1%, con Cariotipo ordinario y trisomía 21. No se han hallado contrastes fenotípicos entre los tipos distintivos de trastorno de Down.

(Down España, 2014).

5.4.3. Clínica

Hipotonía: generalmente va desapareciendo con los años, pero al principio muchas veces se trona como un problema serio.

La boca es de un tamaño normal, la lengua sale de vez en cuando, a causa de la ausencia de tono muscular.

La cabeza es pequeña en algo con respecto a lo normal. Las fontanelas, más grandes en cierta medida, tardan más en cerrarse de lo esperado.

La nariz es pequeña, con su baja extensión. Los ojos vigilan una línea de escalada, también las orejas son pequeñas hasta cierto año y notables., Los dientes son pequeños y suelen aparecer con formas irregulares. El cuello suele ser corto, sus manos son pequeñas; Como sus pies, que pueden tener un pequeño agujero entre el primero y el segundo. Generalmente su cabello es recto y delgado. (Down España, 2014).

5.4.4. Epidemiología

Se estima que alrededor de 5,000 jóvenes con el mal congénito de Down son traídos al mundo frecuentemente en los Estados Unidos. Es decir uno de cada 733 niños es traído al mundo con este mal. Se presume que Los niños con el síndrome de Down están concebidos por mujeres menores de 35 años o más, también pueden ser exhibidas por padres con 50 años de edad o más, el nacimiento anterior de un niño con trastorno de Down o alguna otra variación

cromosómica de la normal, la translocación equilibrada de cromosomas en uno de los padres y en padres con alteraciones cromosómicas. Las formas más habituales del síndrome, no ocurren más de una sola vez por familia.

(NICHCY. NICHCY, 2010)

5.4.5. Diagnóstico

En el mal congénito de Down, los atributos fenotípicos pueden no ser relativamente obvios en el período neonatal inmediato. La ruta hacia el hallazgo puede ser la hipotonía mal representada y el grito agudo y entrecortado. En un periodo corto de tiempo se caracteriza el fenotipo caracterizado, aunque cada uno tendrá sus propias peculiaridades. El cariotipo, es la investigación de los cromosomas, dará la conclusión autorizada del trastorno de Down. (Artigas, 2005.)

5.4.6. Clasificación de los tipos del síndrome de Down

Trisomía simple: comienza en medio de la meiosis, creando un cigoto con 47 cromosomas. Las causas que motivan la disyunción incorrecta, no se conocen con precisión. Se han propuesto teorías multifactoriales (presentación natural, maduración celular) sin establecer una conexión inmediata entre un especialista causal y el comienzo de la trisomía. (Flórez , Garvía , Fernández, 2015)

Translocación: una parte de un cromosoma estará situada en un cromosoma alternativo. Tomando por ejemplo que un fragmento del brazo largo del cromosoma N.º 21 estará situado en un cromosoma 14 o 15, en otras palabras, en una sección que no se compara con él, en ese punto cuando se monitorea la combinación de los

cromosomas 21, a estos se incluye el bit translocado de 14 o 15 que para esta situación, junto con las partes relacionadas de cada cromosoma 21, hace un balance de tres, en otras palabras, causa el Síndrome. (Jijón, 2011.)

Mosaicismo: Un individuo similar tiene células con varias cantidades de cromosomas, por ejemplo: unas pocas células con 46 cromosomas, que son ordinarias, y otras con 47, que son trisómicas. En esta ocasión, el individuo está influenciado, pero como parte de sus células es común, es probable que el trastorno de Down no aparezca con toda la seriedad o con cada una de las indicaciones de tipos alternativos de trastorno. (Jijón, 2011)

5.4.7. Desarrollo psicomotor de niños con síndrome de Down

El adelanto psicomotor en niños con el mal congénito de Down está influenciado desde el lado motor y también a la parte clarividente. La parte motora del tipo de trastorno del niño Down está controlada por un aplazamiento en el cumplimiento de las cosas del mejoramiento motor, que surgen en el año principal de la vida de los jóvenes sin patología, por ejemplo, el hecho de sentarse, arrastrarse, girar, ponerse de pie y marcha. Asimismo, hay modificaciones en el motor fino, el control visual motora, la calidad muscular, la velocidad y el equilibrio, tanto dinámica como estática. (Briceño, Campos, 2006)

Atributos del desarrollo del motor.

Presenta un aplazamiento en la mejora subjetiva, desde un nivel

suave hasta un nivel directo de impedimento mental.

Un avance del discurso pospuesto y atípico, con un dialecto expresivo más diferido que el abierto.

Un aplazamiento en la capacidad del motor que le impide girar, tomar asiento y pasear, entre otros. Un aplazamiento en el avance de las capacidades versátiles de superación personal y conducta social.

Es concebible que otro problema formativo, místico o de conducta, que puede ser: la disminución de la consideración debido a la hiperactividad, la confusión con la conducta de oposición y de prueba o el problema formativo / desequilibrio mental inevitables) (Candel, 2014)

5.4.8. Estimulación temprana

Se define como la ejecución de ejercicios como lo indica la edad, le da los encuentros que necesita para el mayor avance de las habilidades, de sus posibilidades físicas, mentales, apasionadas y sociales en sus primeros largos períodos de vida, De esta manera se mantiene el peligro de un aplazamiento en la mejora psicomotora. En los niños que tienen una deficiencia formativa, los permisos de incitación temprana en gran medida, llevarlos a la dimensión adecuada para su edad ordenada. (Pacheco, 2017)

Capacidad de estimulación temprana

Disminuir los impactos de una insuficiencia en la mejora general del joven. Mejorar, más allá de lo que muchos considerarían posible, el curso del avance del niño.

Mantener alejado o disminuir la presencia de impactos o faltantes

auxiliares o relacionados causados por una confusión o circunstancia de alta probabilidad.

Abordar las necesidades, solicitudes de la familia.

Un Retraso del desarrollo de destrezas adaptativas de autoayuda y de comportamiento social.

Es factible que se encuentren otros trastornos del desarrollo, psíquicos o de conducta, los cuales pueden ser: la disminución de la atención por hiperactividad, el trastorno con conducta oposicionista y desafiante o trastornos generalizados del desarrollo/autismo) (Candel, 2014)

Factores a tener en cuenta en la estimulación temprana

Cada niño es extraordinario, cada uno tiene su propio ritmo de avance individual, que se basa en el desarrollo del sistema sensorial.

Es básico conocer los parámetros de avance y comprender que son excepcionalmente amplios y que su mejora requiere diferentes componentes.

La incitación temprana debe ser un conocimiento encantador. El niño no debe ser obligado a hacer ninguna acción. Debes percibir y darte cuenta de lo que siente el niño.

La ruta más ideal para que el niño se familiarice con esta primera etapa es la posibilidad de que se incline a aprender y aclimatarse a los nuevos datos, a través del desvío. Jugar con el joven es el enfoque más ideal para vigorizar.

Es útil que el joven haya comido bien, que haya dormido y esté

cómodo. Los guardianes y los especialistas, cuando practican la incitación, deben averiguar cómo examinar la conducta y considerar sus requisitos.

Cuando se practica la incitación temprana, es darle la forma esencial al bebé, y al niño a conocer su entorno general.

En la vida de un niño, la incitación temprana se desarrolla por etapas. La fase de 0 a 3 años de vida del niño acumula cualidades en la mejora: está dictada por el ritmo acelerado del avance de la forma de vida. Interrelación entre la condición de bienestar, física y psico-ansiosa del chico. Alto nivel de introducción con el medio. Desarrollo de estados apasionados. Los primeros esfuerzos de incitación para vigorizar el de una manera adecuada, no presentan un programa para crear niños dotados, ni los adelanta en su desarrollo natural, sino ofrecerle una serie de destrezas, que le permitirán moldear las bases para la adquisición de futuros aprendizajes. (Pacheco, 2017)

Áreas de la estimulación temprana

Región de socialización: la capacidad de trabajar en relación con otras personas, estas aptitudes le permitirán liquidar a una persona funcional de la sociedad. Para el avance satisfactorio de esta región, el apoyo de los tutores o las figuras paternas como generadores esenciales de vínculos llenos de sentimientos es fundamental, es imperativo darles seguridad, cuidado, consideración y amor; Ellos descubrirán cómo continuar hacia los demás, teniendo todo en cuenta, cómo ser un hombre en una cultura específica. (Pacheco,

2017)

Región del lenguaje: se refiere a las aptitudes que permitirán al chico hablar con su condición y cubre tres puntos de vista: la capacidad completa, expresiva y gestual.

La capacidad completa se crea desde el nacimiento, ya que el niño tendrá la capacidad de comprender ciertas palabras mucho antes de poder articular una palabra significativa; por lo tanto, es fundamental conversar con él siempre, de manera verbalizada, relacionándola con cada acción que realice o asignando una protesta que controle, en este sentido, el joven lo percibirá. (Pacheco, 2017)

Zona de superación personal: es simplemente la capacidad del niño para lidiar con él mismo. Es básico avanzar en la autonomía individual en cada fase de mejora desde el punto de partida más temprano, ya que este ángulo le permitirá obtener un grado más notable en ellos. (Pacheco, 2017)

Relacionada con la capacidad para moverse, lo que permite al joven llegar a su entorno general.

Motor grueso:

Son todas las actividades que incluyen enormes reuniones musculares de partes del cuerpo.

Motricidad fina:

Se refiere a actividades que incluyen pequeñas reuniones musculares, coordinación en lo que ve y lo que toca con sus manos. (García, 2012)

Ejercicios de motricidad gruesa.

Edad de 0 a 1 año.

Acostar sobre una cubierta en la colchoneta el niño estará en posición decúbito supino tómalolo de los brazos y gradualmente sentarlo. Sentado inclinándolo hacia adelante para que apoye sus manos entre sus piernas como una respuesta de defensa.

Acostar al niño sobre una cubierta, intente que gire a la posición de decúbito prono, estirando el brazo y la pierna a donde girará, le permitirá rodar.

Sujete firmemente en la pared o en las entradas cintas de colores o globos, siente al bebe en la altura para que intente ponerse de pie. Cada vez que intente colgar más arriba para que se pueda esforzar para conseguir el objetivo. (García, 2012)

15 edad de 1 a 2

A esta edad el objetivo es hacerlo caminar alrededor de la habitación y colocar obstáculos en el camino, por ejemplo, un asiento para que pase por debajo o cuadrados de madera para que pase por encima.

Haga que el niño de un paseo por la habitación y coloque los obstáculos en el camino, por ejemplo almohadillas para que pase por encima de ellas y escalones para q suba gateando y baje de espaldas.

Juegue con el niño para ponerse de pie, acostarse y sentarse. Hágalo mientras tanto, no olvidar mencionar con esta de pie o sentado.(García, 2012).

De 2 a 3 años de edad.

Muéstrale a la niña o niño a caminar en puntas de pie . puede narrarle una pequeña historia haciendo mímicas sobre el espejo, para que el emite. “Era una pequeña jirafa chiquita, chiquita (se agacha), y fue creciendo, creciendo (y se levantan hasta ponerse de pie).

Entrégale un juguete, también usted tome uno, muévase hacia arriba, hacia abajo, hacia delante, hacia atrás o hacia los lados. Muévase demostrando al niño donde debe de moverse. . (García, 2012)

El motor fino, ejercicios.

Edad de 0 a 1 año

Dar al niño delicadas plastilinas de diferentes tonalidades o masas para que las manipule. Anímelos a hacer formas diferentes como pelotillas, palos o platillos que haga un esfuerzo, aunque no lo logre. Darle al niño una caja mediana o un recipiente de plástico para q coloque los objetos pequeños como tapas de botella, cubos entre otros. (García, 2012)

Edad 1 a 2 años

Ofrece al niño un rompecabezas de tres piezas, donde el puede unir la cabeza con el tronco y los miembros inferiores.

Muestre al niño que fabrique pirámides con latas, frascos o cajas pequeñas. Dale la oportunidad de hacerlo solo. (García, 2012)

De 2 a 3 años de edad

Muestre al niño como abotonar y desabotonar, ofrecer una bolsa de materiales con ganchos, cierres para que pueda lidiar con ellos

Entregue al niño, un tablero con huecos y un pasador puesto en los

agujeros, motive a los niños a que saque y vuelva a poner el pasador.
(García, 2012)

El marco de evaluación subyacente y ultimo permite conocer el estadio del niño, el uso de la guía Portage registra el avance de la mejora psicomotriz indicada por su edad ordenada.

Mientras en el programa de estimulación temprana conectada a los niños con el Síndrome de Down de la unidad instructiva especializada "Carlos Garbay Montesdeoca", considera la necesidad de cada niño en su adelanto psicomotriz de esta manera agregando a una incitación superior en las diversas organizaciones particulares y trabajando junto con la sociedad.

Esta investigación permite conocer una exploración beneficiosa a los niños que han vivido diferentes experiencias en un ámbito lúdico y sin presión. Se sienten progresivamente niños “enteros” y eventualmente más alegres. Las ventajas son conseguidas de los objetivos logrados mientras se aplica en la estimulación.

5.5. Hipótesis

Los efectos de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor en niños de 0 a 3 años de edad, con diagnóstico de síndrome de Down, que asisten en el centro especializado de Piura, ayudarán en un alto porcentaje a mejorar la calidad de vida de estos niños.

5.6. Objetivos:

Objetivo general

- Demostrar los efectos de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor en niños de 0 a 3 años de edad, con diagnóstico de síndrome de Down, que asisten al centro especializado de Piura, en el periodo Mayo –Octubre 2017, para mejorar su autonomía y contribuir a una buena calidad de vida.

Objetivos específicos:

- Valorar el desarrollo psicomotor de los niños/a con síndrome de Down de 0 a 3 años de edad, que asisten al Centro especializado de Piura, mediante la aplicación de una ficha fisioterapéutica junto con la Guía Portage.
- Ejecutar un programa de estimulación temprana a los niños con diagnóstico de Síndrome de Down, que asisten al Centro Especializado de Piura, para mejorar el desarrollo psicomotor.
- Evaluar el desarrollo psicomotor mediante la Guía Portage, para comprobar los efectos de la estimulación temprana en los niños/a con diagnóstico de Síndrome de Down, que asisten al Centro Especializado de Piura”.

5.7. Metodología del trabajo

5.7.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación se aplica a los niños y niñas con síndrome de Down que Acuden a la Unidad Educativa Especializada de Piura,

El tipo de investigación es cuantitativo de diseño experimental, de tipo descriptivo y transversal. La técnica de contrastación de hipótesis será la observación y experimentación.

El diseño experimental aplicado en la Investigación permite trabajar activamente y de forma positiva, permitiendo comprobar los efectos de la estimulación temprana en los niños y niñas con Síndrome de Down. Esta investigación presenta una perspectiva cualitativa, proporcionando información con respecto a la aplicación de ejercicios de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotor en niños de 0 a 3 años de edad, que presentan síndrome de Down, además se cuantifica el número de bebés y niños con déficit de control cefálico, gateo, bipedestación y la caminata y por último se describe el avance realizado por el uso de diferentes ejercicios, estimulando las áreas débiles del niño.

VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo Transcurrido Desde el Nacimiento Hasta la fecha De estudio	Edad en años	0 – 1 1 – 2 2 - 3
Sexo	Características externas de la persona Humana que permiten clasificar como hombre o mujer	Fenotipo	Masculino Femenino
Motricidad gruesa	Fortalece los músculos de la espalda y cuello a fin de que	Evaluación Inicial	Control cefálico

	la logre sostener por instantes la cabeza.	Evaluación final	Sedestación Gateo Bipedestación Marcha
Motricidad fina	Fortalece el desarrollo de la coordinación motora fina; a su vez, es el primer paso para la realización del encaje.	Evaluación Inicial Evaluación final	Bimanual Oculo manual Mano Boca
Socialización	El contacto piel a piel permite establecer gran cantidad de conexiones neuronales, es por ello que el sentido del tacto se Convierte en el primer instrumento de estimulación temprana.	Evaluación Inicial Evaluación final	No sociable Sociable
Lenguaje	Estimula el hemisferio derecho y el lóbulo frontal del cerebro, de esta manera el niño agudizará su capacidad de distinguir entre ritmo, intensidad frecuencia del sonido.	Evaluación Inicial Evaluación final	Comprensivo Expresivo
Autoayuda	Permite reforzar su capacidad de concentración en la realización de actividades	Evaluación Inicial Evaluación final	Dependiente Independiente

5.7.2. Población y muestra

Universo

El universo en estudio comprende a niños en edades que fluctúan

de cero a tres años de edad que presentan síndrome de Down, durante el periodo mayo a octubre 2017.

Muestra:

La población en estudio comprende a niños en edades que fluctúan de cero a tres años de edad del área de estimulación temprana, implicando una población de 11 niños que presentan síndrome de Down, durante el periodo mayo a octubre 2017.

Criterios de inclusión:

Edad de 0 a 3 años de edad.

Niños con Síndrome de Down.

Niños que asisten al centro especializado de Piura.

Criterios de exclusión:

Niños de Alto Riesgo.

Niños con Parálisis Cerebral y diferentes patologías.

Niños con síndrome de Down cuyos padres nos autorizaron que sean parte del estudio

5.7.3. Técnicas e instrumentos de investigación

Como técnica de investigación se empleará la observación, La recopilación de datos se realizará a través de un formulario adecuado al estudio, a esta ficha o guía se le conoce como Portage. .

5.7.4. Procesamiento y análisis de la información

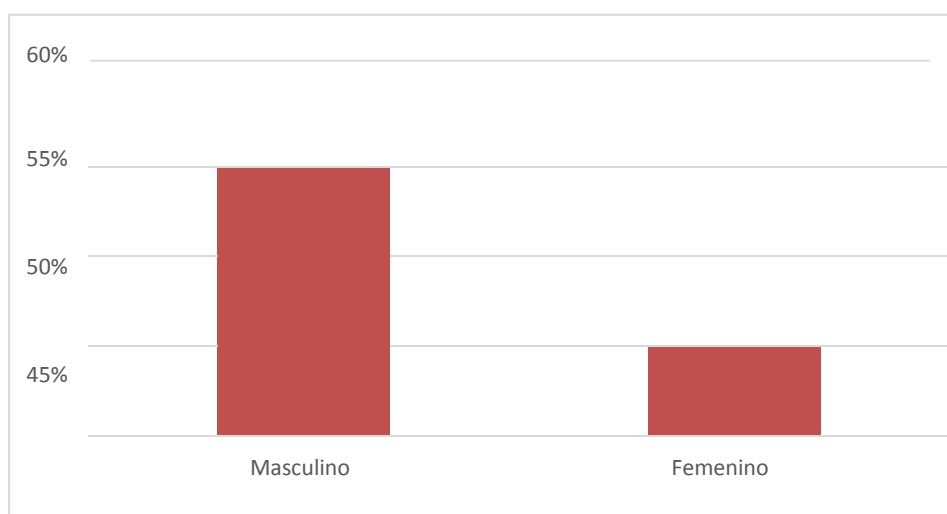
Para el procesamiento de datos se empleará el Software Excel SPSS V19.

Se empleará la estadística descriptiva para la obtención de los resultados, los cuales serán presentados en tablas y gráficos.

VI. Resultados

Gráfico N° 1

Distribución de los niños de 0 a 3 años con Síndrome Down que asisten al centro especializado de Piura, según sexo



Fuente: Unidad Educativa Especializada Piura
Autor: SEMINARIO MORAN LADY MARILYN

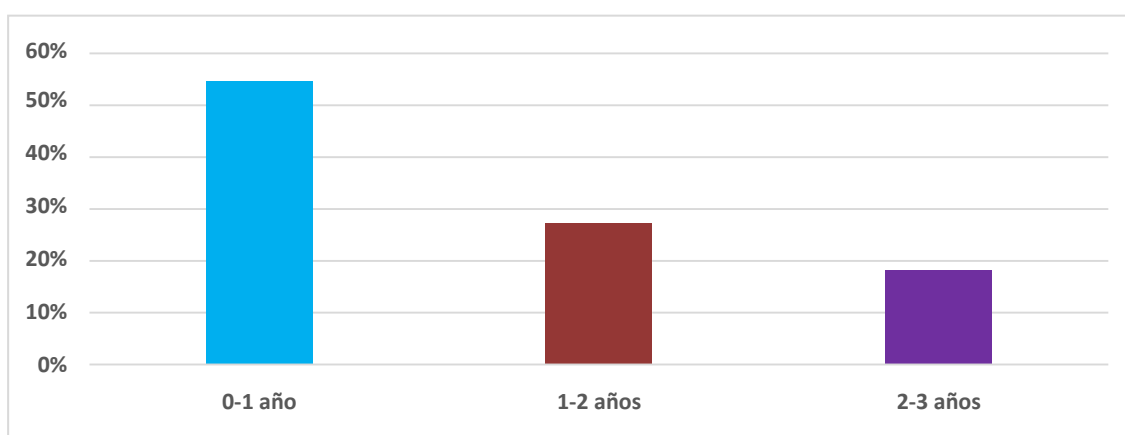
Tabla N° 1

Genero	Frecuencia	Porcentaje %
Masculino	6	55
Femenino	5	45
Total	11	100

El gráfico y la Tabla N° 1 muestran que prevalece el sexo masculino en la población estudiada con un 55% y el sexo femenino con un 45 %. Los datos concuerdan con muchos estudios realizados en otras localidades

Gráfico N° 2

Distribución de los niños de 0 a 3 años con Síndrome Down que asisten al centro especializado de Piura, según edad



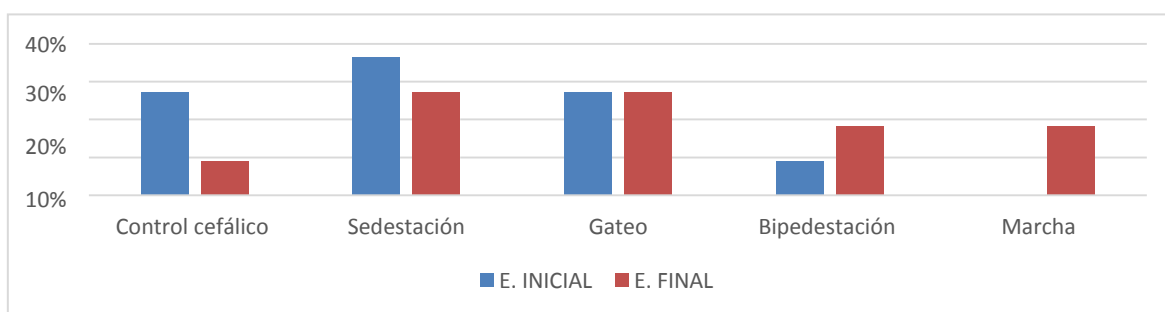
Fuente: Unidad Educativa Especializada Piura
Autor: SEMINARIO MORAN LADY MARILYN

Tabla N° 2

Edad	Frecuencia	Porcentaje %
0 – 1	6	55
1 – 2	3	27
2 -3	2	18
Total	11	100

El gráfico y la tabla N° 2 permiten observar que los niños en el rango de 0 – 1 año de edad presentan mayor frecuencia correspondiéndole un 55 %, también se observa que los niños en el rango de 1 – 2 años les corresponde un 27 %, le siguen los niños en un rango de 2 -3 años con un 18 %

Gráfico N° 3
Distribución de los niños de 0 a 3 años con Síndrome Down que asisten al centro especializado de Piura, de acuerdo a los objetivos logrados en el área de motricidad gruesa.



Fuente: Unidad Educativa Especializada de Piura.

Autor: SEMINARIO MORAN LADY MARILYN

Tabla N° 3

Posturas	Evaluación inicial		Evaluación final	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Control cefálico	3	27%	1	9%
Sedestación	4	36%	3	27%
Gateo	3	27%	3	27%
Bipedestación	1	9%	2	18%
Marcha	0	0%	2	18%
Total	11	100%	11	100%

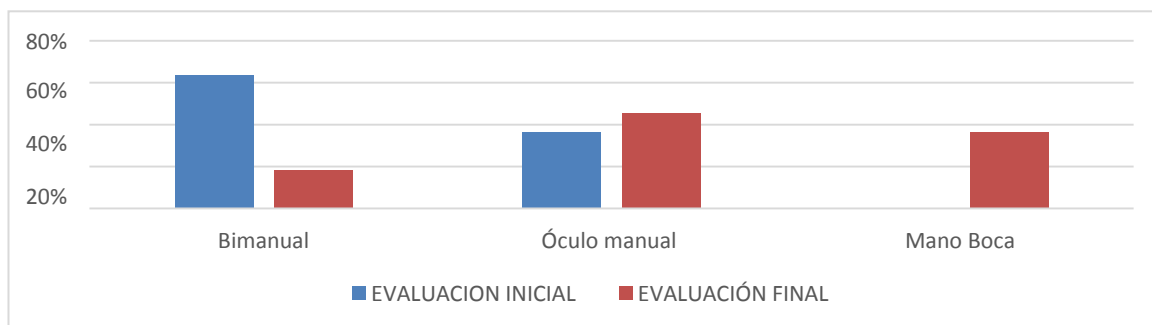
Fuente: Unidad Educativa Especializado de Piura.

Autor: SEMINARIO MORAN LADY MARILYN

Según se observa en el gráfico y tabla N° 3 con respecto a las posturas, en el caso del control cefálico con un 27 inició con un 27 % y finalizó con un 9%, en la sedestación inició con un 36 % y finalizó con un 27 %, en el gateo inició con un 27 % y finalizó con un 27 %, en el caso de la bipedestación inició con un 9 % y finalizó con un 18 %, y en la marcha inició con un 0 % y finalizó con un 18 %

Gráfico N° 4

Distribución de los niños de 0 a 3 años con Síndrome Down que asisten al centro especializado de Piura, de acuerdo a los objetivos logrados en el área de motricidad fina



Fuente: Unidad Educativa Especializada de Piura.

Autor: SEMINARIO MORAN LADY MARILYN

Tabla N° 4

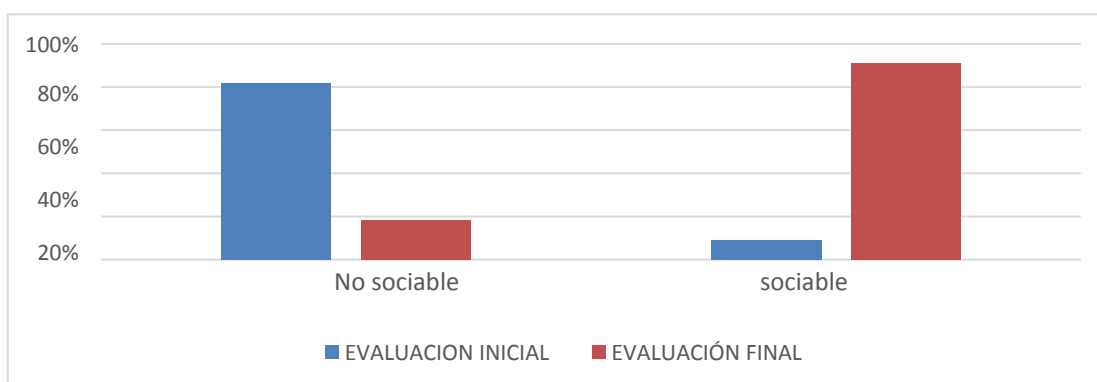
Coordinación	Evaluación inicial		Evaluación final	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bimanual	7	64%	2	18%
Oculo manual	4	36%	5	45%
Mano Boca	0	0%	4	36%
Total	11	100%	11	100%

Fuente: Unidad Educativa Especializada de Piura.

Autor: SEMINARIO MORAN LADY MARILYN

Según se observa en el gráfico y tabla N° 4 con respecto a las coordinaciones en la motricidad fina, en el caso de la coordinación bimanual inició con un 64% y finalizó con un 18%, en la coordinación óculo manual inició con un 36 % y finalizó con un 45 %, en la coordinación mano boca inició con un 0 % y finalizó con un 36 %

Gráfico N° 5
Distribución de los niños de 0 a 3 años con Síndrome Down que asisten al centro especializado de Piura, de acuerdo a los objetivos logrados en el área de socialización



Fuente: Unidad Educativa Especializada de Piura.

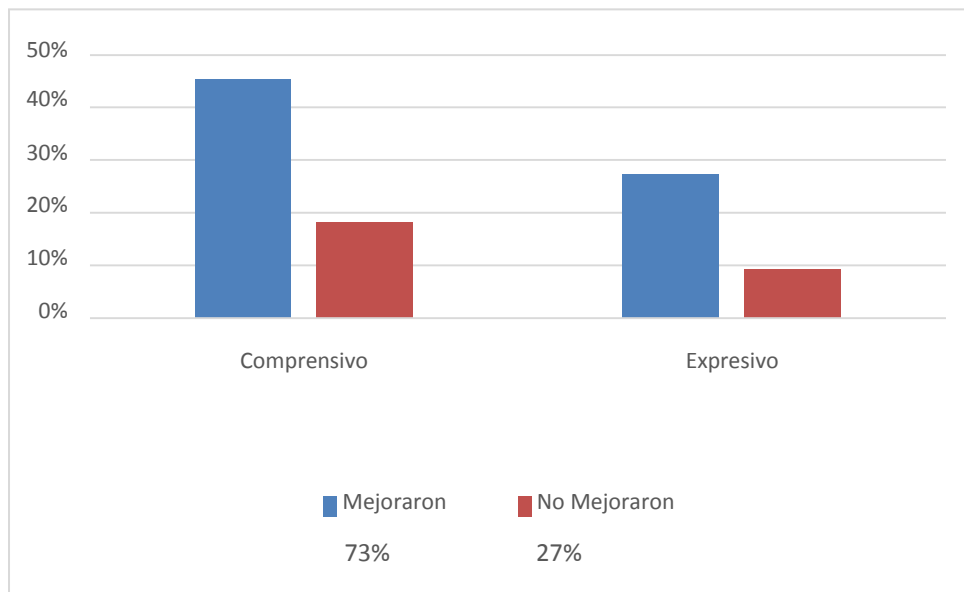
Autor: SEMINARIO MORAN LADY MARILYN

Tabla N° 5

Socialización	Evaluación inicial		Evaluación final	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No sociable	9	82%	1	9%
Sociable	2	18%	10	91%
Total	11	100%	11	100%

Según se observa en el gráfico y tabla N° 5 con respecto a la socialización, en el aspecto de no socialización, inicia con un 82 % y finaliza con un 9 %, en el aspecto de ser sociable inicia con 18 % y finaliza con 91 %

Gráfico N° 6
Distribución de los niños de 0 a 3 años con Síndrome Down que asisten al centro especializado de Piura, de acuerdo a los objetivos logrados en el área de lenguaje



Fuente: Unidad Educativa Especializada de Piura.

Autor: SEMINARIO MORAN LADY MARILYN

Tabla N° 6

Lenguaje	Evaluación inicial		Evaluación final	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Comprensivo	7	64	2	18
Expresivo	4	36	9	82
Total	11	100	11	100

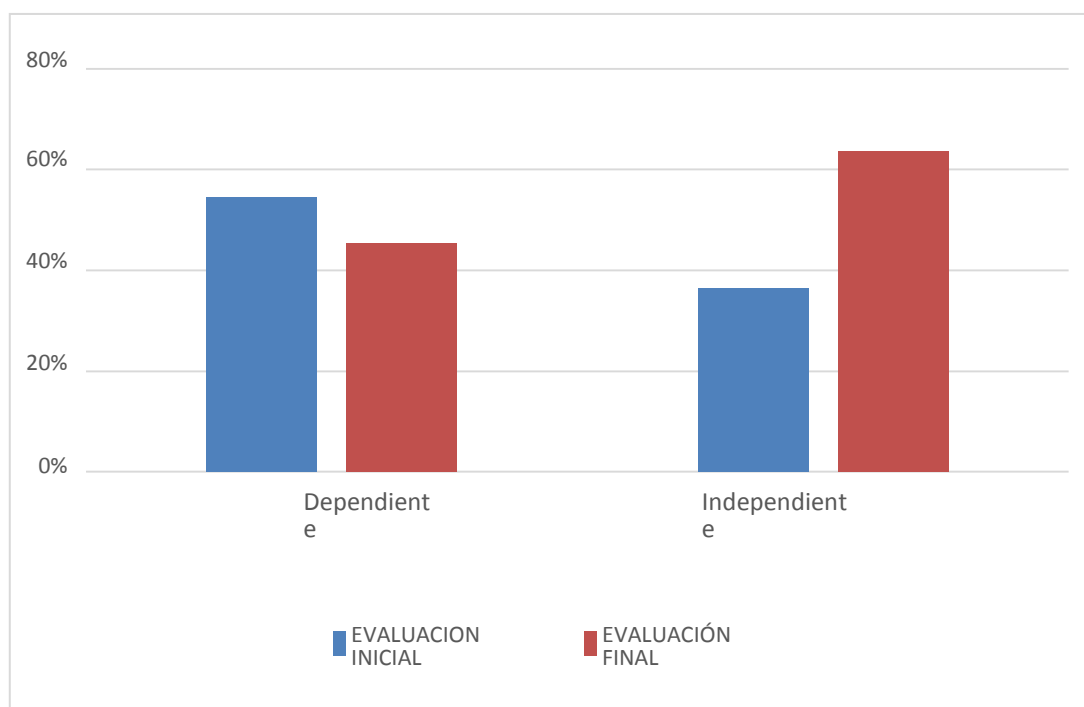
Fuente: Unidad Educativa Especializada de Piura.

Autor: SEMINARIO MORAN LADY MARILYN

Observando el gráfico y tabla N° 6 los resultados de acuerdo a logros obtenidos en el área del lenguaje, específicamente en el aspecto comprensivo, inicia con un

porcentaje de 64 % y finaliza con un 18 %, en el aspecto expresivo inicia con 36 % y finaliza con 82 %.

Gráfico N° 7
Distribución de los niños de 0 a 3 años con Síndrome Down que asisten al centro especializado de Piura, de acuerdo al área de autoayuda



Fuente: Unidad Educativa Especializada de Piura.

Autor: SEMINARIO MORAN LADY MARILYN

Tabla N° 7

Lenguaje	Evaluación inicial		Evaluación final	
	Frecuencia	Ev. inicial	Frecuencia	Ev. final
Dependiente	6	55%	4	36%
Independiente	5	45%	7	64%
Total	11	100%	11	100%

Fuente: Unidad Educativa Especializada de Piura.

Autor: SEMINARIO MORAN LADY MARILYN

Con respecto al área de autoayuda el gráfico y la tabla N° 7 muestran que en el aspecto de dependencia la evaluación inicial representa un 55 % y finaliza con un

36 %, en el aspecto de independencia la evaluación inicia con un 45 % y finaliza con un 64 %

VII. Análisis y discusión

Según el sexo en nuestra población el 55% son de sexo masculino, porque los padres que ya tienen un hijo con síndrome de Down u otro trastorno cromosómico, o que los propios padres presentan algún trastorno cromosómico, tienen más probabilidades de tener un hijo con este síndrome; y correspondiendo el 45% al sexo femenino.

Según la edad en nuestra población el 55% se encontraron en el rango de 0 a 1 año, porque a los niños a esta edad se recomienda que deben comenzar el proceso de Estimulación Temprana para mejorar motricidad fina, gruesa, sus destrezas, y con el tiempo logren desarrollar todas y cada una de sus capacidades. Mientras que el 27 % correspondió al rango de 1 a 2 años; y así se observó que el 18% es del rango de 2 a 3 años.

De acuerdo a la tabla de resultados obtenidos en la ficha de evaluación inicial, se observó que los 11 niños no cumplieron los objetivos propuestos de la Guía Portage, una de las características del Síndrome es el retraso motor, los factores influyentes son: hipotonía, retraso, laxitud de ligamento y prematuridad. Al aplicar la Guía en la evaluación final, se observó el control cefálico en 9%, en bipedestación y marcha se observó un similar porcentaje del 18%, al igual que en sedestación y bipedestación el 27%, se demostró que la guía ayuda al niño que

mejore su desarrollo motor, mediante los ejercicios, pero no solo al principio, sino como una actividad habitual y el apoyo de los padres de familia.

De acuerdo a la tabla de resultados obtenidos en la ficha de evaluación inicial se observó que los 11 niños no cumplieron los objetivos propuestos de la Guía Portage, debido a la poca intervención temprana, lenta maduración, dificultades en la integración sensorial. Al aplicar la Guía en la evaluación final, se observó resultados positivos, como en la coordinación Bimanual el 18%, en la coordinación mano boca el 36%, y en la coordinación óculo manual el 45%, para conseguir la motricidad fina se debe iniciar las actividades desde que el niño es capaz, partiendo de un nivel muy simple y continuar a lo largo de los años con metas más complejas y delimitadas en las que exigirán diferentes objetivos según las edades.

De acuerdo a la tabla de resultados obtenidos en la ficha de evaluación inicial de los 11 niños, se observó que 9 no cumplieron los objetivos propuestos en la Guía Portage, primero por la edad, después por los bajos niveles de autoestima, sus dificultades para relacionarse con otros y la baja capacidad para resolver problemas de la vida cotidiana. Al aplicar la Guía en la evaluación final, se observó que disminuye lo no sociable al 9%, y sumando un resultado positivo en socialización con el 91%, la clave es planificar con cuidado las actividades, promover al inicio la interacción y luego se debe cuidar de no intervenir excesivamente en sus habilidades sociales, está relacionado con la autonomía personal.

De acuerdo a la tabla de resultados obtenidos en la ficha de evaluación inicial se observó que 7 niños no presentaban lenguaje con un porcentaje del 64%, está relacionado en gran medida con la discapacidad intelectual que padecen; hay

niños que muestran un deterioro en su lenguaje por debajo del nivel de su desarrollo cognitivo. Después de aplicar la Guía Portage en la evaluación final, se observó que disminuyó la tasa al 18%, mientras hubo avances positivos con el 82%, demostrando la importancia de hablar constantemente con cada niño de manera articulada relacionándolo con cada actividad que realice.

De acuerdo a la tabla de resultados obtenidos en la ficha de evaluación inicial de los 11 niños, se observó que 6 son dependientes, en ocasiones son los propios padres los que detienen el desarrollo de su autonomía. Al aplicar la Guía Portage en la evaluación final, se observó el 36% de niños dependientes, y el 64% correspondió a los niños que lograron ser independientes, exponiendo que es necesario que los padres de familia eviten ser sobreprotectores, para que el niño desarrolle sus capacidades sin hacer que sientan miedo, y valorar cada uno de los progresos conseguidos pueden hacer de los niños con síndrome de Down personas plenamente autónomas, dependiendo siempre del grado.

VIII. Conclusiones

- La población de la muestra utilizada presentaron retraso del desarrollo psicomotor al realizar la valoración inicial.
- Se consiguió mejorar las diferentes áreas de estimulación de los niños de 0 meses a 3 años de edad, mediante la aplicación de las actividades de la Guía Portage.
- En todos los niños menores de 3 años se incrementó la sociabilidad, confianza e independencia, lo cual permitió su integración social en su entorno.
- En forma general Luego de la aplicación del programa de estimulación temprana se redujo el grado de alerta, se mejoró el desarrollo motor y se fortaleció y normalizó el desarrollo psicomotor demostrando la efectividad del programa.

IX. Recomendaciones

- Se recomienda la intervención temprana en las diferentes áreas en niños que presentan síndrome de Down, que asisten a la Unidad Educativa Especializada de Piura para conseguir logros en su desarrollo evolutivo.
- Se sensibilice a los padres de familia en la habilitación y rehabilitación de los infantes con este síndrome para obtener resultados en su progreso.
- Reforzar a las actividades ejecutadas en la Institución en el hogar bajo la supervisión del profesional de área encargado

X. Referencias bibliográficas

- Artigas L. (2005). *Síndrome de Down (trisomía 21) España*: Junta Directiva de la Asociación Española de Pediatría.
- Briceño, G., Campos, K. (2006). *Descripción del Nivel de Desarrollo Psicomotor en niños con Síndrome de Down: Creaciones de una tabla descriptiva*. Revista Médica de Chile.
- Camposeco, L. (2012). *“Efectos de la aplicación de un manual de estimulación temprana en el proceso de desarrollo afectivo, cognitivo y psicomotriz en niños y niñas diagnosticados con Síndrome de Down”*. (Tesis). Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades, Campus de Quetzaltenango.
- Candel I. (2014). *Intervención en niños con Síndrome de Down otros trastornos del desarrollo*. Editorial: Madrid: CEPE
- Down España. (2014). *Guía para padres y madres. "Ha nacido un hijo-hija con síndrome de Down"*. Down España.
- Down España.(2012). *Mis primeros pasos hacia la autonomía*. Down España.
- Flórez J & RE. (2015). *El síndrome de Down aspectos biomédicos*. Disponible en: <http://www.down21.org/profesional/2125-el-sindrome-de-down-aspectos-biomedicos-psicologicos-y-educativos.html>.
- Flórez J, Garvía B, Fernández O. (2015). *Síndrome de Down: Neurobiología, neuropsicología, Salud mental-Bases para la Intervención en el aprendizaje, la conducta y el bienestar mental*. Editorial. Madrid: CEPE. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- García, J. (2012). *Estimulación temprana*. Primera edición. Palomino Mendoza L, editor. Lima: Ediciones Mibert.

- Ignasio, S., Cueva, Ana. (2008). *“Influencia del tipo de estimulación temprana materna en el desarrollo psicomotor de niños con síndrome Down de 0 – 2 años.* (Tesis). Universidad nacional de Trujillo.
- Jijón M. (2011). *Síndrome de Down.* Segunda edición. Editorial. Quito.
- La Hora. (2010). *Lo que necesitas saber.* Disponible en: <https://lahora.com.ec/noticia/1101065161/en-ecuador-existen-7457-personas-con-sindrome-de-down>. Down España. (2012).
- Lías, Y., Estupiñán, Y., Rodríguez, R., (2010). *La estimulación temprana en niños con Síndrome de Down en el contexto familiar desde una perspectiva sociocultural en Moa, en Contribuciones a las Ciencias Sociales.* Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/07/pzn.htm
- Lizama, M. (2015). *Manual de atención temprana para niños y niñas con síndrome de Down Programa de Atención Integral de Salud para personas con Síndrome de Down.* Pontificia Universidad Católica de Chile.
- NICHCY. NICHCY. (2010). *Síndrome de Down.* Disponible en: <http://www.parentcenterhub.org/sindrome-down>.
- NIH INdSIyDH. (2017). *Información de salud para usted.* Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/downsyndrome.html>. Matos & Ocaña. (2009). *La estimulación temprana en niños con síndrome de Down en el contexto familiar desde una perspectiva sociocultural.* Moa-Cuba: Instituto Superior Minero Metalúrgico Moa
- Pacheco M. (2017). *Estimulación Temprana en los niños/as. Temas para la Educación.* V: 5;(19): Pp: 1,2.

Romero, T. (2012). *“Efectos de la aplicación de un manual de estimulación temprana en el proceso de desarrollo afectivo, cognitivo y psicomotriz en niños y niñas diagnosticados con Síndrome de Down”*. (Tesis). Universidad Central del Ecuador.

Rosero Ch. (2011). *Discapacidad hoy es el día del síndrome de Down. La incidencia es de dos chicos con el trastorno por cada 1000 nacidos*. Disponible en:
<http://edicionimpresa.elcomercio.com/es/20230000481b25e6-079a-4680-ac00-7a1129b656f5>.

XI. Anexos

ANEXO N° 1.

Ficha de evaluación fisioterapéutica aplicada a los niños con síndrome de Down que acuden a la Unidad Educativa Especializada “de Piura”, para conocer el estado de salud del paciente.

FICHA DE VALORACIÓN EN NIÑOS DE 0-3 AÑOS DE EDAD DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

I. DATOS INFORMATIVOS DATOS PERSONALES

Nombre y apellido del niño/a:

Lugar y fecha de nacimiento:

Edad:

DATOS DEL PADRE

Nombre y apellido:

Edad: **Factor RH:**.....

Profesión u ocupación:

Nivel de estudio:

DATOS DE LA MADRE

Nombre y apellido:.....

Edad: **Factor RH:**

Profesión u ocupación:

Nivel de estudio:

Dirección:

Teléfono:.....

Número de hermanos:

Lugar que ocupa entre los hermanos:

Con quién vive el niño:.....

Diagnóstico Médico:

II. MOTIVO DE CONSULTA

.....
.....
.....
.....

III. ANTECEDENTES PERSONALES

.....
.....
.....
.....

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES

PATOLOGÍAS PADRE	MADRE	OTROS FAMILIARES
------------------	-------	------------------

Diabetes.....		
---------------	--	--

Cáncer.....		
-------------	--	--

Alcoholismo.....		
------------------	--	--

Tabaquismo.....		
-----------------	--	--

Alergias.....		
---------------	--	--

Epilepsia.....		
----------------	--	--

Trastorno mental.....		
-----------------------	--	--

V. PERIODO PRE-NATAL:

Número de hijos:

Edad de la madre en el embarazo:

Tipo de sangre:

Fue su hijo planificado:

A qué tiempo supo que estaba embarazada:.....

Tomo algún tipo de medicamento:

Tipo de medicamento que tomo:

Cuantos controles tuvo:

Durante el embarazo hubo maltrato:

Como fue su embarazo:

Hubo problemas emocionales:

Ecografía.....

Vacunas:

Métodos anticonceptivos:

Qué método utilizó.....

Tiempo en que dejó de usar:

Alimentación: Buena.....

Regular.....

Mala.....

Estragos en el embarazo:

Durante qué tiempo:

Hubo presencia de:

Anemia:

Hepatitis:

Alcohol:

Cigarrillo:

Privación económica:

Presencia de hemorragia vaginal:

Hipertensión:

Preeclampsia:

Caídas:

Infecciones de vías urinarias:

Estrés durante el embarazo:

Enfermedades:.....

Infecciosas:.....

Otras:

VI. PERIODO PERINATAL:

Parto Prematuro:

Edad de gestación:

Cuántas horas tuvo labor de parto:

Tipo de parto:.....

Normal.....

Cesaría.....

Inducido.....

En donde dio a luz:

Quien le atendió:.....

Posición del bebe:

Expulsión prolongada.....

Estado del recién nacido.....

Hubo presencia de llanto:

El color de la piel cual fue:

Succiono él bebe enseguida.....

VII. PERIODO POS-NATAL:

Peso:

Talla:

Perímetro cefálico:

EG:

APGAR 1:

2: 3:

Hospitalización:

Causas:

Convulsiones neonatales:

Frecuencia:

Malformaciones congénitas:

Grupo sanguíneo:

Tiene todas las vacunas:

Desarrollo Motor

Control del cuello:.....

Posición sentada:

Rastreo:

Gateo:

Bipedestación:

VIII. NIVEL DE EVALUACIÓN MOTRIZ

.....

.....

.....

IX. CONCLUSIONES

.....
.....
.....
.....

IX. OBSERVACIONES

.....
.....
.....

X. RECOMENDACIONES

.....
.....
.....

Responsable

.....

Firma:.....

Fecha de registro:.....

HORARIO DE ATENCION EN EL AREA DE ESTIMULACION TEMPRANA

HORA	LUNES	MARTES	MIERCLES	JUEVES	VIERNES
08:00 - 08:40	Paciente 1	Paciente 5	Paciente 1	Paciente 8	Paciente 11
08:40 – 09:20	Paciente 2	Paciente 6	Paciente 9	Paciente 2	Paciente 3
09:20 – 10:00	Paciente 3	Paciente 7	Paciente 7	Paciente 9	Paciente 10
10:00 – 10:40	Paciente 4		Paciente 4	Paciente 7	Paciente 6
10:40 – 11:20		Paciente 8	Paciente 10	Paciente 11	

AREA MOTORA GRUESA

EDAD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	RECURSOS
0-1 año	Fortalecer los músculos de la espalda y cuello a fin de que la logre sostener por instantes la cabeza.	Acueste al bebe boca arriba sobre una manta en la colchoneta, tómelo de los antebrazos y lentamente siéntelo, acompañe la acción diciéndole “arriba”. Estando sentado inclinarlo lentamente hacia adelante para que apoye sus manos entre sus piernas en reacción de defensa.	40 minutos	Colchoneta, manta
0-1 año	Este movimiento permite experimentar nuevas sensaciones respecto a posición, espacio y movimiento.	Coloque al niño boca abajo sobre una pelota grande y mézalo sin soltarlo en diferentes direcciones, moviendo la pelota: adelante, atrás, a un lado y al otro lado.	40 minutos	Pelota
0-1 año	Experimentar la sensación de poder caer, desarrolla el sistema de protección y defensa que consiste en anteponer los brazos para soportar la caída.	Acueste a la niña o niño boca abajo sobre un rodillo o frazada enrollada y ruédelo lentamente hacia los lados; enséñele a detener la caída con los brazos.	40 minutos	Rodillo
0-1 año	En este periodo, el niño amplía sus posibilidades de movimiento y coordinación. Experimenta estímulos del lado izquierdo del cerebro que es el centro del movimiento.	Acueste a la niña o niño boca arriba sobre una manta, estimularlo a que gire a la posición boca abajo, extendiendo el brazo y la pierna hacia donde se dará la vuelta, ayúdelo a rodar.	40 minutos	Manta
0-1 año	El gateo prepara al niño para posteriores aprendizajes, le permitirá tener mayor autonomía, pues podrá desplazarse con toda libertad y seguridad.	Coloque al niño boca abajo y pásele una sábana doblada a lo largo del vientre. Luego colocarlo apoyado en manos y rodillas, para que se acostumbre a la posición de gateo, coloque juguetes delante de él. Déjelo avanzar si intenta hacerlo.	40 minutos	Sábana, juguetes
0-1 año	Reforzar en la niña o niño la capacidad de ponerse de pie sosteniéndose únicamente del	Cuelgue en la pared o puertas, globos pequeños y cintas de colores; siente a la niña o niño a la altura de ellos para que intente ponerse de pie. Cada vez cuélguelos	40 minutos	Globos, cintas de colores

	suelo.	más arriba para que se esfuerce por agarrarlos.		
EDAD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	RECURSOS
1-2 año	Estimulará su cerebro para resolver el problema de evadir obstáculos o atravesarlos.	Haga caminar a la niña o niño alrededor de la habitación y póngale obstáculos en el camino, como una silla para que pase por debajo o unos cubos de madera o para que pase por encima.	40 minutos	Silla, cubode madera
1-2 año	Con este ejercicio el niño mejorará su confianza, velocidad y agilidad respecto a su desplazamiento.	Asele caminar al niño alrededor de la habitación y póngale obstáculos en el camino, como almohadas o frazadas para que trepe y pase por encima y escalones para que suba gateando de frente y baje gateando de espaldas.	40 minutos	Almohada, frazadas, escalones.
1-2 año	Permite al niño identificar los nombres de las posiciones que adopta y se desarrolla la colaboración con los juegos.	Juegue con el niño a ponerse de pie, acostarse y sentarse. Háganlo al mismo tiempo. No olvide mencionar cuando está acostado, sentado o de pie.	40 minutos	colchoneta
1-2 año	A las niños les cuesta gran esfuerzo caminar para una dirección que no sea hacia adelante por ello esta actividad reforzará su capacidad de orientación y estimulará su desarrollo motor.	Enseñarle a la niña o niño a caminar hacia atrás y hacia el lado, haciendo que se suba en los pies de usted. Camine para que sienta seguridad y apoyo.	40 minutos	
1-2 año	Permite experimentar sensaciones nuevas al sentir lo que desea agarrar se le derrama de las manos, de esta manera se estimulará al niño	Extienda una sábana en el piso y siéntese en ella al niño. Ponga al alcance del niño un recipiente grande lleno de sémola y enséñele como llenar una taza con sémola agarrándola con la mano. Luego haga lo mismo con arroz.	40 minutos	Recipiente, taza, sémola, arroz

EDAD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	RECURSOS
2-3 año	Desarrollar su coordinación y equilibrio. Ayuda a corregir problemas de pie plano o semi plano. Afianza en el niño la comprensión de órdenes sencillas.	Enseñar a l niña o niño a caminar en puntas de pie. Puede contarle un pequeño cuento haciendo mímica, para que lo imite. “Era una jirafa chiquita, chiquita (se agachan) Y fue creciendo, creciendo (se van levantando, poco a poco hasta estar de pie)	40 minutos	Canción la jirafa
2-3 año	Permitir reforzar al niño sus habilidades para saltar y caer sin perder el equilibrio.	Colgar de un extremo a otro de la habitación un pedazo de lana con globos colgando; a una altura un poco mayor a la del alcance del niño; enseñarle a saltar, para poder alcanzarlos.	40 minutos	Lana, globos
2-3 año	Permitir al niño reconocer las direcciones, comprender su pronunciación y su significado espacial.	Entregar al niño un juguete y también usted tome uno. Haga indicaciones para mover el juguete hacia arriba, hacia abajo, adelante, atrás o hacia los lados. Muévase usted mostrándole al niño hacia dónde debe moverse.	40 minutos	Juguete
2-3 año	Involucrar el movimiento en la identificación de las figuras geométricas, permite ir formando la conciencia espacial de las mismas.	Traza figuras en el suelo (triángulo, cuadrado, líneas curvas, en zigzag) y motive al niño a caminar por encima de ellas.	40 minutos	Marcadores
2-3 año	Explorar las diferentes formas de desplazamiento que pueden llegar a dominar las niñas o niños.	Desplazarse junto con el niño de un lado a otro en diferentes formas, en cuclillas, puntas de pies, sobre los talones, para adelante y para atrás.	40 minutos	
2-3 año	Refuerzar los conceptos de “adentro” y “afuera” al experimentarlo con su propio cuerpo.	Enseñe a la niña o niño a entrar y salir del hula-hula. Entre en el hula- hula por la cabeza, páselo a través de su cuerpo y sáquelo por los pies.	40 minutos	Hula-hula

AREA MOTORA FINA

EDAD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	RECURSOS
0-1 año	Desarrollar su habilidad motora fina.	Entregue al niño plastilinas suaves de diversos colores o masas para que las manipule. Enséñele a hacer formas simples como bolitas, palitos o platillos para que haga el intento de hacerlo aunque no lo logre.	40 minutos	Plastilina o masa.
0-1 año	Fortalecer el desarrollo de la coordinación motora fina; a su vez, es el primer paso para la realización del encaje.	Darle al niño una caja mediana o recipiente plástico para que meta y saque objetos pequeños. (Cubos, tapas de gaseosa).	40 minutos	Caja de cubos, tapas de gaseosa
1-2 año	Estimular al cerebro mediante la asociación que necesita realizar para completar formas y tratar de unir las.	Ofrecer al niño un rompecabezas de tres piezas, donde pueda unir la cabeza con el tronco y las piernas.	40 minutos	Rompecabezas de tres piezas
1-2 año	Desarrollar su capacidad creativa al construir edificaciones nuevas y poco comunes para él.	Enseñar al niño a armar pirámides apilando cubos, latas o cajas pequeñas. Dejar que lo intente hacer solo.	40 minutos	Cubos, latas, cajas pequeñas
2-3 año	Permitir desarrollar sus habilidades motoras fina al abrir diferentes tipos de cerraduras, como botones y cierres.	Enseñe al niño a abotonar y desabotonar. Ofrezcale una bolsa de tela con diferentes tipos de botones, ganchos y cierre para que pueda manipularlos.	40 minutos	Botones, cierres
2-3 año	Permitir reforzar su capacidad de Concentración en la realización de actividades.	Entregue al niño, un tablero con agujeros y un pasador puesto entre los agujeros. Motive al niño a sacar todo el pasador y luego volver a ponerlo.	40 minutos	Figuras de encaje

AREA DE LENGUAJE

EDAD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	RECURSOS
0-1 año	Estimula el hemisferio derecho y el lóbulo frontal del cerebro, de esta manera el niño agudizará su capacidad de distinguir entre ritmo, intensidad frecuencia del sonido.	Coloque al niño semi - sentado, apoyado con cojines o almohadas; haga sonar objetos delante de él a un ritmo (sonajas, tambor, maracas) y con el mismo ritmo intente hacerlo con su voz; por ejemplo: Con el tambor: pon, pon, pon, pon; con la voz: pon, pon, pon, pon; con la maracas: shh, shh, shh; con la voz:shh, shh, shh.	40 minutos	Sonajero tambor maracas
0-1 año	Estimular el sentido del oído.	Muestre al bebé un sonajero o campanilla de color negro o rojo, hágala sonar y cuando el bebé la mire muévala hacia arriba para que intente levantar la cabeza.	40 minutos	Sonajeros, campanas
1-2 año	Comenzar a ejercitar las estructuras orgánicas y funcionales que intervienen en la emisión oral (labios, mejillas, lengua, entre otras).	Ejercitar las estructuras motoras del niño (movimientos rotatorios de la lengua durante el proceso de la alimentación).	40 minutos	Alimentos variados
1-2 año	Crear un ambiente sonoro humano alrededor del niño y familiarizarle con palabras emitidas por los adultos que le rodean.	Emitir sonidos y palabras por el adulto durante la realización de actividades y procesos de la vida cotidiana.	40 minutos	
2-3 año	Permite el reconocimiento de su identidad y su nombre; así como identificar que su nombre se escribe de una determinada forma.	Escribir en una hoja de papel con letras grandes el nombre de la niña o niño y leérsela varias veces enseñándole lo que escribió. El facilitador repartirá juguetes a las niñas o niños diciendo: Este es para (nombre del niño)!, ¿Quién es (nombre del niño)? Y el niño deberá responder con ayuda de su madre o padre “Yo soy (nombre del niño).”, tocándose el pecho.	40 minutos	Hojas de papel, marcadores
2-3 año	Estimula su razonamiento lógico matemático al iniciar con las nociones de “más” y “menos”. Comienza a diferenciar los objetos por	Mostrar al niño láminas con dos grupos de objetos, un grupo con “más objetos” y otro con “menos objetos”, puede hacerlo también formando grupos con objetos para que distinga el “más” y “menos”. De la misma forma para	40 minutos	láminas

	tamaño y cantidad.	grande y chico.		
--	--------------------	-----------------	--	--

AREA DE SOCIALIZACION

EDAD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	RECURSOS
0-1 año	El contacto piel a piel permite establecer gran cantidad de conexiones neuronales, es por ello que el sentido del tacto se convierte en el primer instrumento de estimulación temprana.	Continúe con el bebé boca abajo, descúbrale por un momento la espalda y acarícesela con un dedo, desde la nuca hasta su cadera. Repita esta acción aumentando el número de dedos cada vez.	40 minutos	Aceite
0-1 año	Es muy relajante para la musculatura de la cara que tiende a contraerse como respuesta a los estímulos.	Continúe con el bebé boca arriba, con ayuda de sus dedos forme una sonrisa en la boquita del bebé; sonríale mientras realiza este ejercicio. Pase sus dedos por encima y por debajo de los labios del bebé, luego haga un círculo con los pulgares alrededor de los ojos y termine acariciándole la frente desde el centro hacia los lados.	40 minutos	Música infantil
1-2 año	Le permite al niño experimentar la sensación de “sobre” y “debajo”, pero esta vez interviniendo activamente al cambiar de posición al objeto.	Con una sábana circular de colores jueguen a esconderse bajo ella, deben esconderse los dos, mírense cuando estén dentro y dígame “hola” sonriendo.	40 minutos	Sabana
1-2 año	El baile con los padres además de ser divertido reforzará sus lazos afectivos	Arrodílese en el piso y con el niño parado frente a usted, tómelo de las manos o de la cintura y baile con él, dando pasos hacia los costados y atrás. Puede hacerlo escuchando alguna música o cantando arroz con leche.	40 minutos	Canción arroz con lecho
2-3 año	Le permite a la niña o niño experimentar la sensación de “sobre” y “debajo”, pero esta vez interviniendo activamente al cambiar de posición al objeto	Con una sábana circular de colores jueguen a esconderse bajo ella, deben esconderse los dos, mírense cuando estén dentro y dígame “hola” sonriendo. fortalecer la actividad realizada anterior	40 minutos	Sabanas circulares y de colores
2-3 año	Que la niña o niño vea su imagen en el espejo favorece su auto reconocimiento que es el primer indicio para la formación de su identidad	Sentar con ayuda a la niña o niño frente a un espejo para que se mire, acarícelo y dele besitos para que pueda observar las demostraciones de cariño, déjelo tocar el espejo si desea hacerlo	40 minutos	Espejo

AREA DE AUTOAYUDA

EDAD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	RECURSOS
0-1 año	Permite reforzar su capacidad de concentración en la realización de actividades	Entregue a la niña o niño, un tablero con agujeros y un pasador puesto entre los agujeros. Motive a la niña o niño a sacar todo el pasador y luego volver a ponerlo	40 minutos	Juego de encaje
0-1 año	Lograr Que El Niño Siga Con Su Vista La Trayectoria De Los Objetos Que Caen.	Dar al niño un objeto que quepa en sus manos y enseñarlo a que se lo pase de una mano a otra.	40 minutos	Pelota, cubos
1-2 año	Estimular En El Niño La Imitación.	Colocarse frente al niño y realizar acciones que pueda ver mientras las imita: repita, aplaudir, decir adiós, pon dedito pon. Dirigirlo al principio llevándole de la mano. Realizar el mismo ejercicio frente al espejo.	40 minutos	Espejo
1-2 año	Estimular al niño la exploración sistemática las partes del cuerpo	Nombrarles partes de su cuerpo frente a un espejo y pedirle que señale	40 minutos	Espejo
2-3 año	Es la etapa donde preparamos al niño para que enfrente a nuevos retos	Pedirle al niño que busque objetos de colores, y decirle, dame el crayón rojo, pásame la pelota de color amarilla	40 minutos	Crayones, pelota
2-3 año	Estimular al niño a reconocer diferentes texturas y temperaturas	Poner al niño en contacto con objetos, animales y explicarles, el gato es suave, el perro tiene la nariz fría y húmeda, la corteza del árbol es dura, el algodón es suave.	40 minutos	Corteza, algodón, gato, perro

COMO TRATAR A UN NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN

- **Informarse acerca del tema para poder comprender un poco más al niño con Síndrome de Down. Es importante ser consciente de todo lo que implica este síndrome para, de este modo, actuar en consecuencia.**
- **Visitar al médico para controlar la salud del niño. Debido a los problemas de salud asociados con el síndrome de Down, es importante que tenga un control de salud para poder intervenir tempranamente.**
- **Es importante estimularlo en todas las actividades posibles, ya sea concurriendo a una institución deportiva, realizando manualidades, fomentando actividades con sus compañeros. Ayúdalo con la tarea, y dedícale una parte del día a jugar con él. Es fundamental el estímulo que la familia le pueda dar al niño.**
- **Es fundamental tener contacto con todos los adultos que se relacionan con el niño en las diversas actividades, ya sea su profesora de la escuela, de gimnasia, etc. Demuéstrales que éstas involucrada y trasmíteles la importancia de que te informen acerca de la evolución del niño. Genera confianza entre ustedes para poder trabajar en equipo por el bien de él.**
- **Los niños que tienen Síndrome de Down suelen ser muy cariñosos con todas las personas. Demuéstrale tu cariño, transmítele amor y tranquilidad. Habla con los demás integrantes de la familia para que no repriman la demostración de cariño, sino que la fomenten.**
- **Es importante que los niños tomen ciertas decisiones, al igual que el resto de los niños, acerca de determinadas situaciones, como por ejemplo que ropa ponerse, que película ver.**
- **Es importante reforzar su autoestima y su sentimiento de seguridad, tienen que fomentar que tenga confianza en sí mismo, eso ayudará a tratar a los niños con síndrome de Down.**





